UNIVERSITÉ DE PARIS VII

Faculté de Médecine - LARIBOISIÈRE - SAINT-LOUIS

200

Année 1972 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Monsieur SABBAH Claude

Né le 8 Novembre 1945 à FEZ (Maroc)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

TITRE

LE CYSTADENO-LYMPHOME DE LA PAROTIDE

(Seize cas)

Président : Monsieur le Professeur CERNEA

UNIVERSITÉ DE PARIS VII

Faculté de Médecine · LARIBOISIÈRE · SAINT-LOUIS

Année 1972 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Monsieur SABBAH Claude

Né le 8 Novembre 1945 à FEZ (Maroc)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

TITRE

LE CYSTADENO-LYMPHOME DE LA PAROTIDE

(Seize cas)

Président : Monsieur le Professeur CERNEA

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mes parents,

A ma femme,

A ma fille.

A mes frères et à mes soeurs,

A mes beaux-parents,

A tous ceux qui me sont chers

A notre Maître

Monsieur le Professeur CERNEA
Professeur de clinique de Stomatologie et de chirurgie Maxillo-faciale
Directeur de l' U.E.R. de Stomatologie
Officier de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Chirurgie

qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur LAUDENBACH
Stomatologiste des Hôpitaux

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a guidé tout au long de ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignag
notre reconnaissance.

A nos maîtres dans les hôpitaux de Paris :

A notre regretté Maître Monsieur le Professeur WOLFROMM

A Monsieur le Professeur HOUDART
Neuro-chirurgien des Hôpitaux

A Monsieur le Professeur Jean BERNARD
Professeur de Clinique des maladies du sang.

A Monsieur le Professeur Etienne FOURNIER
Doyen de la Faculté Lariboisière Saint-Louis.

A Mademoiselle le Docteur Jeannette BOISSEAU

Qu'elle trouve ici un témoignage d'amitié

A mes amis les Docteurs Patrick COHEN et Claude WAINSTAIN

P L A N

INTRODUCTION

Définition brève du cystadéno-lymphome (C.A.L.)

Nomenclature

Histogénèse, avec rappel historique.

OBSERVATIONS

Sept observations recueillies entre 1955 et 1963 dans le service de Stomatologie de l'Hôpital de la Salpétrière sous la direction du Pr DECHAUME.

Neuf observations recueillies entre 1961 et 1972 sous la direction du Pr CERNEA.

Tableaux récapitulatifs des seize observations.

ETUDE DES C.A.L.

Notions générales :

- Fréquence
- Notion de terrain

Etude clinique

Etude radiologique

Anatomie pathologique

- Aspects macroscopiques
- Aspects microscopiques
- Les formes rares de C.A.L.

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

INTRODUCTION

DEFINITION BREVE :

Le cystadéno-lymphome (C.A.L.) est une tumeur des glandes salivaires essentiellement parotidienne et presque toujours bénigne.

Elle se présente cliniquement comme une tuméfaction déformant la rég intéressée.

Elle est constituée, histologiquement, par une double composante cel laire en périphérie et d'un infiltrat lymphoïde au centre.

N O M E N C L A T U R E

TABLEAU DRESSE PAR THOMPSON ET BRYAND

HILDEBRAND	1895	Kyste congénital épithélial du cou
LECENE	1908	Adénome kystique de la glande parotide.
ALBRECHT & ARTZ	1910	Cystadénome papillaire dans un ganglion lymphatique.
GLASS	1911	Cystadénolymphome papillaire branchiogénique.
SSOBOLEW	1912	Branchiome.
FELDMANN	1916	Adénome branchiogénique.
EHRLICHER	1922	Cystadénome papillaire à stroma lymphoïde.
NICHOLSON	1923	Adénome papillaire kystique.
MAZZA & CASSINELLI	1923	Cystadénolymphome papillaire.
MENETRIER PEYRON & SURMONT	1923	Kyste amygdaloïde
HICKEL	1925	Tumeur amygdaloïde polykystique.
STOIHR & PISAK	1926	Cystadénolymphome de la parotide.
ASKAVAZY	1926	Adénome branchiogène cylindrocellulaire cystique
WARTHIN	1929	Cystadénolymphome papillaire.
BOTTIN	1929	Cystadénome papillaire.
ZAFFE 1932 HAMPERL	1931	Onkocytome.
KRAINL & STOUT	1933	Cystadénome. (inclusion orbitaire kystique)
HALL	1935	Adénolymphome. (inclusion orbitaire adénomateuse
HARRIS	1937	Adénocystoma lymphonatosum.
MARTIN & EHRLICH	1944	Warthin's tumor.

HISTOGENESE

Depuis la première observation rapportée (Lucke et Max Scheede en 1861 et 1862) de nombreuses théories expliquant l'histogénèse du C.A.L. ont été développées.

Ainsi Albarran, en 1885, en faisait un kyste à l'intérieur d'un ganglion

Pillet en France, puis Darier, pensent que la tumeur est d'origine branchiale. En Allemagne, Neumann et Baumgarten (1887) puis Sultant (1898) défendent également cette théorie. Terrier et Lecène, en 1905, proposent la dénomination de kystes branchiaux amygdaloïdes.

Vers la même époque, l'école de Montpellier pense que la tumeur se développe aux dépens d'ébauches thyroïdiennes latérales ou de dysembryomes simplifiés.

Albrecht et Artz, en 1910, soutiennent l'hypothèse de vestiges hétérotypiques de glandes salivaires.

En 1923 Ménétrier Peyron et Surmont insistent sur les caractères de l'épithélium bordant les cavités kystiques : "l'épithélium, loin d'être celui d'un revêtement pharyngien amygdaloïde, comme on l'observe au niveau de la tonsille, serait plutôt celui de cavités dérivées de canaux salivaires à différenciation rudimentaire". Ces auteurs, de plus, notent les nombreuses formes de transition de l'épithélium cylindrique vers le type pavimenteux, et de l'infiltrat lymphoïde dans ces tumeurs. Ces amas lymphoïdes, bien étudiés par Neisse, sont particulièrement importants chez le foetus et le nouveau né ; ils pourraient, dans certaines conditions persister chez l'adulte.

En 1927, Letulle confirme l'origine parotidienne, mais il insiste sur le fait qu'il s'agit de dysembryoplasie.

La nature parotidienne de ces lésions ne semble pas être admise à cette époque puisque Warthin en 1929, dans une étude qui fait date dans la littérature anglo-saxonne (le terme de Warthin's tumor sert encore à désigner le cystadéno-lymphome), reprend la théorie des vestiges embryonnaires. Il pense à la possibilité d'une hétérotypie de la muqueuse respiratoire supérieure et de la trompe d'Eustache il explique ainsi les lésions identiques retrouvées au niveau de la muqueuse pharyngée. Wendel en 1930 reprend cette théorie.

Hamperl, en 1930, note la présence de grandes cellules éosinophiles

dites "d'usure" et pense que ces tumeurs développées à partir d'éléments glandulaires vieillis, sont des oncocytomes.

Cette même théorie est développée par Jaffé en 1932, en précisant que lésion pouvait prendre naissance dans des restes embryonnaires glandulaires situé dans des ganglions lymphatiques de la région cervicale.

Ainsi, si la théorie branchiale n'a plus qu'un nombre très limité d'adeptes, si la théorie des oncocytomes n'est généralement pas acceptée, la théorie de Ménétrier et Letulle, reprise en 1953 par Delarue et Kerneis, fait la quas unanimité.

Au cours d'examens systématiques de pièces de parotidectomie, les auteurs ont noté la présence de petits infiltrats lymphoïdes localisés essentiellement autour de canaux excréteurs. Ces amas de tailles inégales, entrainant des modifications du parenchyme, sont très irrégulièrement disposés. Ils peuvent atteindre 1 cm à 1, 5 cm dans leur plus grand diamètre, et sont parfois limités par une mince bande fibreuse collagène, véritable ébauche de capsule. Ces infiltrats peuvent se rencontrer dans des circonstances très diverses, à distance des lésions t morales, parfois au cours de lésions inflammatoires banales.

Dans certaines inflammations spécifiques notamment, il n'est pas rare noter la présence de nodules épithélio-giganti-cellulaires, semblant apparemment séparés du parenchyme normal. Un examen attentif met en évidence, entre des nodul de nombreux éléments canaliculaires nettement individualisés. Ces formations, sou vent dispersées dans la glande parotide, forment parfois une masse unique, plus v lumineuse, évoquant l'aspect d'un ganglion tuberculeux ; leur description irrégulière, leur siège au sein du tissu parotidien, la persistance de vestiges de ce tissu parotidien, prouvent bien qu'il s'agit de tuberculose parotidienne vraie. C formations lymphoïdes ne sont que des amas lymphoïdes néoformés autour de la lési inflammatoire spécifique.

Dans certains syndromes de pathologie générale bien caractérisés, tel que le syndrome de Mikulicz ou le syndrome de Gougerot-Sjögren,l'infiltrat lympho est un élément constant et se présente essentiellement sous une forme diffuse ens rant et dissociant les éléments glandulaires.

L'infiltrat lymphoïde semble bien être l'élément fondamental détermina ma métaplasie canaliculaire des acini.

Les cystadéno-lymphomes sont des lésions acquises, essentiellement de type inflammatoire (au sens anatomo-pathologique du terme) pouvant se produire à

l'occasion de phénomène irritatifs, vasculaires, infectieux endocrinien ou autre.

Le facteur irritatif détermine au niveau du parenchyme glandulaire l'ap rition d'infiltrats de type inflammatoire avec dilatation canaliculaire. Ces infi trats, de type essentiellement lymphoïde (car ces lésions évoluent lentement) enti nent progressivement une dédifférenciation des éléments secrétants, dont l'aboutis sement est une régression canaliculaire.

Au sein de cet amas lymphoïde, les phénomènes irritatifs continuant à s manifester, il se produit une différenciation d'éléments nodulaires avec centre ge minatif, comme il est habituel de le noter en n'importe quel point de l'organisme. Puis, l'épithélium des canaux dilatés prolifère, forme des végétations kystiques t sant saillie à l'intérieur de la lumière. Enfin, en l'absence de poussée évolutive il se différencie en périphérie une capsule qui ne peut être que comme l'expressio d'une réaction inflammatoire banale représentant une périlobulite parotidienne. Le mode d'extention de ces lésions notées cliniquement par poussées successives s'ex- plique par l'atteinte du territoire glandulaire sous sa dépendance.

On a retrouvé des C.A.L. papillaires au niveau du cou, du larynx, du ph rynx, de la lèvre inférieure, du palais : dans tous ces cas il semble que les tu- meurs se soient développées aux dépens de cellules salivaires hétérotypiques qui s trouvaient incluses dans des ganglions lymphatiques.

OBSERVATIONS

Nous présentons ici une série de seize observations recueillies entre 1955 et 1972 :

Les sept premières proviennent du service de Stomatologie de l'Hôpital de la Salpétrière, sous la direction du Pr. DECHAUME.

Les autres, sont les neuf observations exploitables des treize cas de cystadéno-lymphomes diagnostiqués dans les différents services sous la direction du Pr. CERNEA.

OBSERVATION N° 1

Monsieur B... né le 8 janvier 1888, ancien ouvrier d'imprimerie dirigea depuis six ans une marbrerie funéraire, est adressé dans le service en avril 1955 pour une volumineuse tuméfaction bilatérale de la région parotidienne.

L'histoire a débuté en 1942 par une tuméfaction gauche qui subit un accroissement progressif. Le malade fait remonter cette apparition à l'extraction de 5 dents, pratiquée à l'Hôpital Tenon ; il a été appareillé par un complet haut bas un mois après les extractions. La tuméfaction est restée identique depuis 13 a

En 1954, apparaît à droite une tuméfaction de même volume qu'à gauche ; cette dernière a doublé de volume en 3 semaines.

A l'examen on note une modification de la symétrie du visage, par une v lumineuse tuméfaction bilatérale, prédominant à droite. L'état de la peau est iden tique à celui du reste du visage, cependant plus rose à droite qu'à gauche.

La palpation retrouve des tuméfactions intéressant la région massétérin et qui ne dépassent pas le bord supérieur de la mandibule, soulevant en dehors le lobe de l'oreille.

Les tuméfactions sont de la grosseur d'une mandarine, de consistance du et rénittente, mobile sur le maxillaire. La peau est nettement mobilisable sur la tumeur ; on perçoit, par ailleurs, un sillon parallèle à la direction de la branch montante, à 2 cm en avant du tragus.

Il n'y a pas d'altération de la sensibilité temporo-mandibulaire et des muscles masticateurs semble normal.

L'examen endo-buccal ne retrouve pas de trismus, pas de déviation man- dibulaire. Le malade est entièrement édenté. La muqueuse est normalement humide (le malade se plaint d'avoir la bouche sèche la nuit), de coloration rose foncé ; il faut signaler deux zones de coloration rouge dans le vestibule, en regard des deux régions prémolaires inférieures. La langue est légèrement dépapillée, scrotal on note une hypertrophie des follicules foliés ; la langue n'est pas déviée lors d sa protraction.

En outre, aux orifices du Sténon, la salive sort normalement ; les ori- fices ne sont pas hyperhémiés ou oedématiés. Il faut signaler à gauche, à 1 cm en bas et en arrière du Sténon, une dépression cupuliforme à bords légèrement violacé sans ulcération, qui pourrait être considérée comme l'abouchement intra-buccal

d'une fistule.

Il faut noter, tant à droite qu'à gauche, l'existence de plaques de leucoplasie retro-commissurales discrètes.

Dans les antécédents du malade, on retrouve une congestion pulmonaire en 1952, qui s'est compliquée d'une toux importante, non productive et qui a duré jusqu'en 1955 ; la radio faite à cette époque était normale.

Des douleurs du gros orteil, surtout à gauche, réveillaient le malade, l'orteil étant rouge, oedématié, non douloureux à la pression.

Des douleurs rhumatismales débutant dans les régions claviculaires, remontant dans la région occipitale, puis redescendant dans la région dorsale haute.

Au point de vue oculaire, le malade signale une hypersécrétion lacrymale nocturne, surtout importante à l'oeil gauche.

La ponction parotidienne droite rapporte 20 cc d'un liquide brun chocola qui se révèle être du pus mêlé de sang, sans germes à l'examen direct.

Le 4 mai 1955, on fait une sialographie :

- Injection facile de 3 cc de lipiodol.
- Les clichés pratiqués, montrent une image de refoulement en masse des canaux de divisio, formant des filets superficiels autour de la grosse masse perçue cliniquement.

On note simplement deux zones de parenchyme glandulaire au niveau des deux lobes accessoires très antérieurs. Au niveau du refoulement, on ne note aucune image parenchymateuse.

Le 12 Mai 1955, on fait une ponction biopsie de la parotide gauche :

- Le fragment examiné est constitué par des végétations papillaires renfermant un axe conjonctivo-nourricier, et une double assise de cellules cylindrique régulières, sans anomalies cellulaires, sans monstruosités.

Dans ces axes, il existe en certains points, des éléments papillaires.

Il s'agit ici d'une lésion acquise : d'un cystadéno-lymphome papillaire intra-parotidien.

Cependant, il est impossible d'étudier la base d'implantation de ces végétations (Dr BAYEN).

OBSERVATION N° 2

Monsieur F... Mokrane, 60 ans, vient consulter dans le service en Juillet 1958, car les deux tuméfactions rétro-angulaires dont il est porteur depui un an, augmentent de volume.

L'histoire de la maladie débute par la découverte fortuite, il y a un a de deux nodules droit et gauche rétro-angulaires.

Depuis 6 mois, les nodules augmentent progressivement de volume, en mêm temps que se constitue un troisième nodule prétragien droit.

L'augmentation de volume a été indolore, progressive, sans poussées ni épisodes flexionnaires.

Dans les antécédents du malade, on note en septembre 1956, des épisodes rhumatismaux mal définis, qui ont régressé en deux mois en laissant de petites séquelles douloureuses.

A l'examen, on note la déformation des régions glandulaires parotidienn gauche et droite, par des tuméfactions qui soulèvent légèrement les téguments mais n'en modifient pas l'aspect : la peau est normale.

A la palpation, les masses sont très fermes, de consistance élastique ; elles sont indolores et l'on ne retrouve pas d'adénopathie dans le territoire vois

Par ailleurs, la palpation bidigitale dans les régions sous-maxillaires retrouve une augmentation de volume avec empatement des deux glandes, mais il n'y pas de nodules et pas d'adénopathie.

Le reste de l'examen loco-régional est normal.

L'examen endo-buccal note que l'orifice du canal de Sténon est un peu turgescent des deux côtés.

En août 1958, deux ponctions biopsies ont été pratiquées et montrent :

- Un tissu parotidien normal gauche
- Un aspect de cystadéno-lymphome à droite.

Le 25 octobre, on fait une sialographie qui montre une image de refoule ment par une masse qui siège au pôle inférieur de la glande.

A droite, la sialographie est normale : on ne retrouve pas d'image de r foulement.

Le Pr. GRELLET intervient cependant du côté droit, le 13 novembre 1958 :

- Enucléation d'une petite tuméfaction prétragienne
- Découverte du facial et exérèse de la partie inférieure du lobe superficiel.

L'examen anatomo-pathologique du Dr. PAYEN confirme les résultats de la biopsie.

La formation nodulaire est essentiellement constituée par une prolifération papillaire, parfaitement limitée en périphérie par une coque conjonctive fibreuse. Elle réalise l'aspect caractéristique d'un cystadéno-lymphone papillaire intra-paritidien.

Il n'y a aucun élément de malignité.

OBSERVATION N° 3

Le 2 Octobre 1958, Monsieur M... Roger, né le 9 juillet 1904, est adressé dans le service, pour une tuméfaction dans la région parotidienne gauche.

Son apparition remonte à un an environ, sous formes de nodules comparés par le malade à des noisettes, siégeant de chaque côté, dans les régions rétro-maxillaires.

D'après le malade, cette affection coïncide avec le port d'un appareil de prothèse adjointe partielle (il existe une édentation complète à gauche). Pendant 5 mois, il y a interruption du port de l'appareil : on note alors une rétrocession des signes locaux du côté droit ; mais à gauche, il y a augmentation progressive de la tuméfaction, sans poussées douloureuses ni inflammatoires, ni signes associés.

Les extractions nombreuses ont été pratiquées pour pyorrhée alvéolo-dentaire ; les plus récentes à gauche, remontent à un an et demi ; celles de droite, 3 mois et demi.

On ne note aucun antécédent pathologique ; mais le malade signale que son père est porteur depuis de nombreuses années, d'une tuméfaction semblable, de même localisation et d'évolution lente.

A l'examen on note l'existence d'une tuméfaction rétro-maxillaire à l'aplomb du lobule de l'oreille qu'elle soulève ; elle ne dépasse pas, en bas, une ligne prolongeant le bord inférieur de la mandibule ; elle est séparée du bord postérieur de la mandibule par un sillon.

Sa consistance est ferme, non fluctuante, mobile sur les plans superficiels et profonds ; la peau est indemne. Il n'y a ni trouble de la sensibilité, ni trouble de la motricité.

L'examen endo-buccal montre une muqueuse sur les crêtes édentées (à partir D3 - D6) mais on note des plaques de leucokératose, à hauteur des régions molaires sur les crêtes, mais plus marquées à droite.

Le 15 Novembre 1958, on fait une ponction biopsie de la tumeur qui ne rapporte rien. L'intervention est alors décidée pour le 8 décembre par le Pr GRELL.

Incision pré et rétro auriculaire prolongée sur le bord antérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien.

Parotidectomie superficielle.

En Janvier 1959 le malade est revu : on retrouve une paralysie faciale qui est surtout nette lors des mouvements, le visage est symétrique au repos. Par ailleurs, le malade signale quelques douleurs à la mastication.

Le 3 mars 1962 la paralysie faciale est minime ; en revanche, un syndrome de Frei persistant est apparu.

L'examen anatomo-pathologique retrouve au pôle inférieur du lobe superficiel de la parotide une formation parfaitement limitée par une coque conjonctive scléreuse. Elle renferme de nombreux axes papillaires bordés par un épithélium à double assise cellulaire, avec en profondeur, quelques amas lymphoïdes correspondant à l'aspect habituel des C.A.L.P.

En périphérie et à distance, existent des lésions de type inflammatoire subaigu sans caractère spécifique.

Aucun élément de malignité n'est retrouvé sur les fragments examinés.

OBSERVATION N° 4

Au cours du mois de novembre 1958, M. P... Jean, né en février 1904, découvre, par hasard, derrière l'angle maxillaire gauche, une petite masse du volume d'une noisette, mobile et dure, parfaitement indolore.

En août 1959, son épouse lui fait remarquer que la masse augmente rapidement de volume, ce qui le décide à venir consulter.

Il s'agit d'une tuméfaction sous-mastoïdienne, derrière la branche montante, déplissant légèrement le lobule de l'oreille gauche.

Elle est rénittente, légèrement fixée aux plans profonds, de la taille d'une noix, et toujours indolore.

L'examen loco-régional est normal : il n'y a pas d'adénopathie, il n'y a pas de paralysie faciale, l'examen de la bouche est tout à fait normal. De même que l'examen général.

On ne retrouve rien de particulier dans les antécédents.

La sialographie du 16 septembre montre une dilatation caniculaire, et une image de manque latéro-externe.

Quelques jours plus tard, le Pr. GRELLET intervient pour "parotidectomie partielle du lobe superficiel gauche".

L'examen anatomo-pathologique confirme le diagnostic clinique :

"Il existe dans le lobe superficiel de la parotide deux formations nodulaires nettement séparées ; l'une très volumineuse, l'autre de taille plus réduite, qui présentent une structure identique.

Elles sont le siège de cavités kystiques bordées par un épithélium à double assise cellulaire envoyant de nombreuses végétations ; sous l'épithélium existent de nombreux amas lymphoïdes réalisant l'image typique de C.A.L.P., il n'existe par ailleurs, aucun élément suspect de malignité.

Les suites opératoires ont été simples, le malade n'a présenté ni paralysie faciale, ni trouble de salivation.

OBSERVATION N° 5

Le 14 septembre 1961 M. H... Guy, né le 26 janvier 1901 est adressé dans le service pour fistule salivaire au niveau de la parotide gauche.

Dans ses antécédents, on retrouve une amibiase en 1942, traitée et suivie; une tuberculose pulmonaire qui avait été traitée par pneumothorax en 1945 et qui est contrôlée régulièrement.

L'histoire de la maladie actuelle débute en 1941 : de 1941 à 1950 le malade se plaint de douleurs au niveau de la parotide gauche, survenant au moment de la mastication, sans gonflement important de la région parotidienne. Cette tuméfaction va s'ulcérer à la peau et laisser échapper un pus abondant suivi de salive. La fistule se referme spontanément en trois semaines.

En juin de la même année, un épisode analogue se produit. En juillet, nouvel abcès parotidien : une large incision exploratrice est pratiquée au Caire à l'occasion d'une mise à plat de l'abcès. Une fistule persiste qui produit par intermittence une salive claire.

Le malade revient en France et une sialographie est pratiquée dans le service du Dr Lacronique : seul le trajet de la fistule se trouve injecté.

On injecte alors de la pénicilline dans le canal de Sténon : I injection de 100.000 U par semaine pendant deux mois. La fistule se referme et tout rentre dans l'ordre.

En juillet 1951 le malade signale quelques épisodes de gonflement (la fistule demeure cependant fermée).

En août 1952, il consulte Mme le Pr. Chaput.

A la fin du mois, un nouvel abcès s'ouvre spontanément ; après évacuation on fait une série d'injections de péni-strepto dans le canal de Sténon. L'examen, en fin de traitement, retrouve un petit noyau dans la zone d'ouverture de l'abcès.

En mars 1953 : nouvel abcès incisé à Beyrouth. L'examen du pus retrouve des germes banaux sans bacilles de Koch.

En décembre 1953 : incision d'un nouvel abcès à Damas. Il n'y a pas eu de fistule dans les suites opératoires.

En Juillet 1954, Mme le Pr. Chaput, consultée à nouveau, conseille la reprise des injections de péni-strepto.

Jusqu'en mai 1961, le malade ne se plaint plus d'aucun trouble. Mais à cette date apparaît un nouvel abcès, qui est incisé à Bonn ; la résorption est satisfaisante comme les fois précédentes ; il n'y a pas de noyau induré résiduel.

En août 1961, il se produit une induration progressive de la glande dont le volume a augmenté. On perçoit un noyau en arrière de la branche montante, sous le lobe de l'oreille. Il n'y a pas d'adénopathie régionale.

En septembre 1961, incision d'un nouvel abcès à Apt. Le pus est moins abondant que lors des drainages précédents ; on ne fait pas de méchage, pas d'antibiotiques, contrairement aux interventions antérieures. Une fistule salivaire persiste qui motive :

- le 14 septembre 1961, une consultation à la Pitié.

Une sialographie est faite le 15 septembre et montre une injection du trajet fistuleux ; le canal est plus dilaté qu'en 1950. Il n'y a aucune injection du parenchyme.

On envisage alors une parotidectomie partielle, et,

le 21 novembre 1961, le Pr. Grellet intervient :

- incision pré et sous auriculaire, et pré sterno mastoïdienne.
- excision d'un ovale cutané entourant la fistule
- Découverte du facial et parotidectomie superficielle.

L'examen histologique du Dr Payen décrit :

Les prélèvements effectués à partir de cette pièce opératoire mettent en évidence une cavité kystique plurilobée, bordée par un épithélium malpighien en certains points, cylindrique en d'autres. Cet épithélium forme des végétations centrées sur des axes conjonctifs qui sont le siège d'une infiltration diffuse lymphocytaire avec différenciation des centres germinatifs.

Il s'agit donc ici, d'une cavité kystique qui prend la structure d'une cystadéno-lymphome papillaire développé sur le trajet de la fistule et qui ne présente aucun caractère de malignité.

Les suites opératoires ont été simples ; il y a eu cependant une paralysie des filets inférieurs, surtout visible à la mimique.

OBSERVATION N° 6

Monsieur L... Raymond, âgé de 60 ans vient consulter en décembre 1963 pour une tuméfaction de la région parotidienne droite.

L'histoire de la maladie débute deux jours avant : le 25 décembre vers 17 heures, en appuyant la tête sur sa main droite, le malade découvre une petite masse de la taills d'une noix, assez ferme, très douloureuse et siégeant en arrière de l'angle de la machoire.

Le malade s'est peu inquiété, d'autant peu qu'il y a 7 ou 8 mois le médecin de famille avait remarqué que la région parotidienne droite était plus volumineuse que la gauche.

Dans la nuit du 25 au 26 décembre, la masse augmente progressivement de volume et devient plus douloureuse. Il n'y a aucune modification de l'état général ; cet épisode décide le malade à venir en consultation.

A l'examen il existe une tuméfaction qui déforme peu le visage. Cette tuméfaction a son siège maximum en arrière de l'angle de la machoire, elle déborde en haut jusqu'à la région pré-tragienne, masque le rebord basillaire jusqu'au bord antérieur du masséter, déborde en bas dans la région sous maxillaire. Il n'y a pas de déformation de l'oreille.

La tuméfaction est toujours douloureuse, surtout à la palpation où il semble exister une masse plus ferme centrale, en arrière de l'angle de la machoire, entourée d'une zone un peu plus molle.

La peau en regard a un aspect normal, il n'y a pas de fistule, pas d'augmentation de la chaleur locale. La tuméfaction est mobile sur les plans superficiels et profonds.

On note que la région parotidienne gauche est également volumineuse. Par ailleurs, il n'existe pas d'adénopathie dans les territoires sous mentaux, sous maxillaires et jugulo-carotidiens. La sensibilité objective superficielle est normale. L'examen des articulations temporo-mandibulaires est également normal.

L'examen endo-buccal retrouve une muqueuse normale ; les orifices des canaux salivaires sont normaux : la salive est claire. On note un syndrome de Fordyce bilatéral.

La palpation bidigitale rend compte de la consistance assez ferme de la tuméfaction parotidienne.

Il n'y a pas d'adénopathie dans d'autres territoires ; on note simplement l'existence d'un prurit de la jambe droite depuis quelques temps.

Il n'y a pas dans les antécédents d'épisode identique, il n'y a pas non plus d'antécédents lithiasiques.

En 1962, le malade a présenté une hémiplégie droite qui a rétrocédé en quelques jours.

Le 27 décembre 1963 on fait une sialographie :

- Instillation de 2 cc de lipiodol. L'aire de réplétion est normale, mais on obtient une image canaliculaire sans image parenchymateuse.

Sur le cliché de face, il existe une empreinte sphérique (2 cm de diamètre), avec refoulement canaliculaire dont l'appréciation est difficile sur le cliché de profil.

Un cliché d'évacuation précise mieux les limites de cette "empreinte". Il n'y a pas de signe irritatif inflammatoire.

Le 3 janvier 1964 on fait une ponction biopsie de la tumeur :

Le fragment ramené par le trocart intéresse essentiellement un tissu ganglionnaire au sein duquel on note une paroi kystique bordée par une double assise cellulaire. Cette lésion est entourée par une coque scléreuse assez importante.

Ceci permet de penser ici à la présence d'un C.A.L. papillaire de la parotide. Il n'y a aucun caractère de malignité sur les fragments examinés.

Le 10 janvier on fait une sialographie du côté gauche :

- Instillation de 2 cc de lipiodol. Il existe des images à prédominance canaliculaire, peu de réplétion parenchymateuse. Au pôle inférieur on trouve une image de refoulement canaliculaire de I,5 cm de diamètre, correspondant à un nodule que l'on retrouve cliniquement.

Au total on conclut à un C.A.L.P. bilatéral pour lequel on a préféré l'abstention thérapeutique.

OBSERVATION N° 7

Madame V..., née le 26 mars 1897 est adressée dans le service le 28 octobre 1963 pour une tuméfaction parotidienne droite.

La malade se savait porteuse de cette tuméfaction depuis 10 ans : elle est restée pendant des années dure, indolore spontanément et à la palpation, seulement perceptible à la palpation, de la taille d'un gros pois.

Depuis un an, la malade note une augmentation nette de la tumeur qui est située en arrière de l'angle de la mandibule. Cette augmentation se fait sans signe fonctionnel.

Dans les antécédents on retrouve une intervention pour kyste de l'ovaire il y a 2 ans, et quelques épisodes de phlébite.

A l'examen on retrouve la tuméfaction, rétro-angulaire droite : elle n'atteint pas le lobule de l'oreille, elle ne déborde pas sur la face externe de la branche montante, elle déborde légèrement l'angle de la machoire vers le bas.

Cette tuméfaction est du volume d'une noix, arrondie, ferme sans être dure, mobile sur les plans profonds et sur la peau qui est normale, parfaitement indolore à la palpation. La transillumination n'apporte rien.

L'ouverture buccale est normale, la muqueuse est saine ; la malade est édentée complète, haut et bas.

Il n'y a pas d'adénopathie dans les territoires de drainage de la parotide, il n'y a pas de paralysie faciale.

L'examen général est normal.

Le 20 octobre 1963, le Pr. Grellet intervient :

- Incision pré-auriculaire droite ; la masse tumorale siège au niveau du pôle inférieur du lobe superficiel. Ablation du lobe superficiel avec conservation du facial.

Compte-rendu histologique du 23 novembre 1963 :

- Les prélèvements effectués à partir de la pièce opératoire mettent en évidence au niveau du pôle inférieur une formation nodulaire parfaitement bien limitée qui renferme de nombreux centres germinatifs et de petites cavités kystiques bordées par un épithélium cylindrique à double assise cellulaire, renfermant une substance muqueuse.

En périphérie, il existe une importante sclérose collagène qui dissocie les lobules voisins. Ceux-ci présentent même en certains points d'importantes dilatations canaliculaires et les acinis sont en partie différenciés.

Il s'agit donc ici d'un C.A.L. de forme essentiellement kystique et très peu papillaire.

Il n'y a aucun caractère de malignité.

Madame V... sort de l'hôpital le 30 novembre 1963 sans paralysie faciale ni trouble de la salivation.

OBSERVATION N° 8

Monsieur M... Monico, né en octobre 1909 en Grèce, consulte en octobre 1961 pour une tuméfaction rétro-maxillaire gauche apparue deux mois auparavant et dont le volume (celui d'un oeuf de pigeon) n'a pas évolué depuis sa découverte.

La tuméfaction est ferme, bien circonscrite, mobile sur les plans superficiels et profonds ; elle siège au pôle inférieur de la loge parotidienne.

Elle est parfaitement indolente, non accompagnée d'adénopathie.

Il n'y a pas de paralysie faciale, et l'examen endo-buccal est tout à fait normal.

La sialographie du 19 novembre 1961 est évoquatrice d'un cystadéno-lymphome : elle montre une image lacunaire, centrale de face, et postéro-inférieure de profil ; il n'y a pas d'image anormale dans le reste du parenchyme.

L'intervention se résume à la simple énucléation de la tumeur.

L'examen anatomo-pathologique va retrouver côte à côte, un ganglion lymphatique accolé à une formation plus ou moins enkystée, et à une formation plus ou moins inflammatoire.

Cette formation est un cystadéno-lymphome caractéristique ; on y retrouve des franges régulières bordées par un épithélium cylindrique et constituées par un tissu conjonctif, tantôt grêle tantôt plus abondant, et dans lequel on reconnaît des amas lymphoïdes.

Les suites opératoires immédiates ont été bonnes ;

A distance, les recherches ont été impossibles du fait de la nationalité grecque du malade.

OBSERVATION N° 9

Monsieur K... Stanislas, né en avril 1924, consulte en mars 1963 pour une tuméfaction prétragienne gauche découverte par hasard en décembre 1962.

Il n'y a pas d'antécédent important, si ce n'est un kyste du pavillon de l'oreille gauche depuis 12 ans, dont le malade ne se plaint pas.

A l'examen, on note une tuméfaction peu volumineuse (de la taille d'un oeuf de pigeon) situé en arrière de la moitié inférieure du bord postérieur de la branche montante de la mandibule, au-dessous de l'apophyse mastoïde.

La peau qui la recouvre est normale.

A la palpation, la tumeur est assez molle, rénittente, mais non fluctuante. Elle est parfaitement indolente. Elle adhère aux plans profonds et superficiels.

Il n'y a pas de paralysie faciale ; l'examen endo-buccal est normal.

L'intervention est décidée pour le 14 mars 1963 : parotidectomie subtotale (Pr. CERNEA) après dissection du facial.

La tumeur siège dans le pôle inférieur du "lobe superficiel".

L'examen anatomo-pathologique du Dr Payen sur les prélèvements effectués, met en évidence une cavité kystique bordée par un épithélium à double assise de cellules cylindriques, reposant sur un infiltrat lymphocitaire, et différenciant de nombreux centres germinatifs.

Cette cavité kystique est bordée en périphérie par de la sclérose collagène qui forme une capsule.

A distance, dans le "lobe superficiel" de la parotide, on note de plus, des lésions de type inflammatoire chronique et quelques ganglions néo formés.

Il s'agit ici d'un cystadéno-lymphome parotidien.

Les suites opératoires ont été simples : on a noté une très légère paralysie faciale, visible seulement lors de la mimique.

OBSERVATION N° 10

Monsieur T... Alain, né le 10 janvier 1927, consulte en février 1968 pour une tuméfaction sous-angulo-maxillaire droite, découverte 3 ans auparavant et qui augmente de façon nette depuis I an.

Monsieur T... a eu une tuberculose pulmonaire droite en 1947 qui a rechuté à gauche en 1952 ; il est alors traité par P.A.S. Rimifon et Streptomycine. Depuis 1952, il consulte régulièrement et l'on ne retrouve rien de particulier.

En 1963, on lui extrait la dent de sagesse supérieure droite, intervention aisée, qui entreîne néanmoins un trismus persistant.

En 1963, Monsieur T... va bien, il ne se plaint d'aucun trouble si ce n'est cette tuméfaction apparue 3 ans auparavant.

Sous une peau normale, la tuméfaction est visible, elle a environ 6 cm sur 3,5 : elle soulève le lobule de l'oreille.

Presque bloquée entre le sterno-cleïdo-mastoïdien et la branche montante, elle déborde le niveau du bord basillaire de 2 cm mais peut être mobilisée facilement vers le haut.

La tuméfaction est mollasse et tout à fait indolore.

Le reste de l'examen est normal.

Il n'y a pas d'adénopathie, pas de paralysie faciale.

Le diagnostic clinique de C.A.L.P. est fortement évoqué.

La sialographie montre l'image de canaux, plus ou moins réguliers, d'aspect inflammatoire. En arrière et en bas, calquée sur les données cliniques, on observe une image lacunaire, de grande courbure assez régulière. Quelques images canalaires terminales se projettent dans la clarté lacunaire.

L'intervention est décidée pour le 26 avril 1968 (Pr. Ag. Guilert). Dès la dissection, on note l'aspect caractéristique : une poche brun verdâtre. Après la libération du pôle postérieur juxta-mastoïdien, le nerf facial est découvert. La dissection de la branche inférieure a été rendue nécessaire par le très grand développement de la lésion dans tous les sens, refoulant la glande en haut et en avant. En arrière et en profondeur, la tumeur est démunie de tissu parotidien. On procède à l'énucléo-résection de la tumeur, très molle et assez volumineuse.

L'étude anatomo-pathologique du Pr Ag. Brocheriou retrouve une volumineuse formation kystique, brunâtre après fixation.

Cette cavité, partiellement remplie de végétations papillaires repousse en périphérie le tissu parotidien.

La structure histologique est caractéristique d'un C.A.L.P.

Les suites opératoires ont été simples : il n'y a pas eu de paralysie faciale ; une micro fistule à l'endroit du drain laisse s'écouler un liquide clair.

Revu en 1972, Monsieur T... va bien, l'examen clinique est entièrement normal.

OBSERVATION N° 11

Monsieur D... Constant, né en 1907, vient consulter dans le service en avril 1968 pour une tuméfaction de l'angle maxillaire inférieur gauche ; tuméfaction découverte il y a un mois.

Dans ses antécédents on ne retrouve rien, si ce n'est une poussée d'ulcère duodénal 5 ans auparavant et qui a été traitée médicalement.

A l'examen, on note l'existence d'une tuméfaction faisant une saillie de 1, 5 cm au niveau de la branche montante de la mandibule, en arrière et en bas de l'angle. Sa forme est triangulaire, à sommet pré-auriculaire et à base inférieure oblique en bas et en arrière.

Le bord antérieur de la tumeur est à 0,5 cm en arrière du bord antérieur de la branche montante ; il débute juste en avant du masséter ; il monte oblique un peu en arrière et se termine à 0, 5 cm sous l'oreille.

Le bord inférieur est oblique en bas et en arrière ; il atteint le bord antérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien. Il est assez bien limité.

Le bord postérieur débute au bord antérieur du S.C.M., à la région rétro mandibulaire, forme une courbe concave en avant. La suite se perd dans la zone pré-auriculaire.

Très bien limité dans sa partie inférieure, il est flou dans sa partie supérieure.

La consistance de la tumeur est de type glandulaire dans sa partie : ferme, souple, non adhérente, mobile.

Elle est ferme et dure dans la région postérieure, au niveau de l'angle postéro-inférieur, et adhérente aux plans profonds.

La tumeur est indolore, ne s'accompagne pas d'adénopathie.

Il n'y a pas de paralysie faciale ;

l'examen endo-buccal est normal.

La sialographie de face et de profil, montre une image lacunaire postéro-inférieure, avec dilatation des canaux ; ce qui donne une impression de "balle dans la main".

L'intervention (Dr Peri) est décidée pour le 25 juin 1968 :

- Ouverture suivant l'incision de Lotte ; repérage du tronc du facial, on note que la carotide externe est refoulée en dedans et en avant par une tumeur du pôle inférieur ; on passe à distance en plein parenchyme glandulaire pour enlever en bloc

cette tumeur.

L'examen anatomo-pathologique du Pr Ag. Brocheriou décrit :

"l'étude macroscopique de cette pièce chirurgicale met en évidence une formation tumorale, ovalaire, mesurant 2 cm sur 1 environ, contenant un liquide verdâtre filant, ressemblant à du pus."

L'étude histologique, après inclusion en parafine, met en évidence la structure caractéristique d'un C.A.L. papillaire végétant.

Revu un an plus tard, M. D... allait bien et l'examen était entièrement satisfaisant.

OBSERVATION N° 12

Monsieur D... Henri, né en mars 1896, consulte en Juin 1969 pour une tuméfaction diffuse de la parotide gauche, apparue il y a un mois et qui s'accompagne de douleurs discrètes.

Monsieur D... a d'importants antécédents tuberculeux avec atteinte pulmonaire en 1914, rennale en 1925, uro-génitale en 1963 et 1966.

A l'examen on retrouve une tuméfaction de la parotide gauche, diffuse, indolore; elle est visible: rétro-angulairé et sous lobulaire; elle est palpable: ferme et un peu irrégulière.

La sialographie faite le 23 juin 1969 montre bien une lacune postéro-inférieure sur les clichés de profil, caractérisée par l'absence d'image parenchymateuse, mais elle n'élimine pas formellement un ganglion.

Intervention le 5 août 1969 (Dr. Soubiran et Dr. Hosxe)

- dissection de la face externe de la parotide et recherche du facial
- découverte de la lésion qui macroscopiquement évoque un C.A.L.
- ablation de la presque totalité du lobe superficiel et de la totalité de la tumeur.

Examen anatomo-pathologique du Dr. Périé:

Ce fragment d'éxérèse parotidien comportait un lobule glandulaire de 3 cm sur 2 environ, à la partie inférieure duquel s'observait un kyste à paroi épaisse, d'environ 1 cm de diamètre.

Histologiquement, ce kyste se révèle bordé d'un épithélium cylindrique à cellules éosinophiles, le plus souvent pluristratifié, décrivant des végétations papillaires extrèmement nombreuses; dans l'axe de celles-ci s'observe un tissu lymphoïde dense avec des centres germinatifs.

A l'intérieur de ce kyste, il y a un tissu de granulation en voie de nécrose.

En conclusion il s'agit bien d'un C.A.L.

Dans les suites opératoires, on n'a noté qu'un petit suintement rapidement tari.

OBSERVATION N° 13

Monsieur G... Lucien, né en 1917, consulte en septembre 1969 pour une tuméfaction parotidienne droite.

L'histoire débute 2 ans auparavant par l'apparition, au cours d'un repas, d'une tuméfaction rétro-maxillaire droite. Cette tuméfaction s'accompagne de tiraillements sans douleur vraie et disparaît totalement en 2 jours.

Un épisode analogue se reproduit 6 mois après et dure également 2 jours ; le malade note ainsi 2 ou 3 récidives identiques à 6 mois d'intervalle à chaque fois.

En août 1969, la tumeur réapparaît, mais cette fois elle demeure fixe de la taille d'un oeuf de pigeon.

Rien de particulier dans les antécédents de Monsieur G.., si ce n'est une poussée d'ulcère gastrique en 1961 et dont la preuve ne semble pas avoir été faite.

A l'examen on retrouve une tuméfaction ferme, élastique débordant nettement en bas (de 3 cm environ) l'angle du maxillaire inférieur ; cette tuméfaction repousse légèrement le lobule de l'oreille, et, elle est légèrement étranglée à sa partie médiane. Parfaitement indolore, elle ne s'accompagne pas d'adénopathie ni de paralysie faciale.

L'examen endo-buccal est normal : la dent de 6 ans supérieure droite a été extraite il y a environ 5 ans et la dent de 6 ans inférieure droite est en traitement.

La sialographie faite en novembre 1969 montre une glande étirée dans le sens vertical, très canaliculaire avec une image de lacune inféro-externe.

L'intervention chirurgicale est décidée pour le 29 octobre (Pr Ag. Vaillant)

- incision de Lotte ; découverte du tronc du facial qui parait un peu grêle.

-"lobectomie superficielle" d'arrière en avant, facile en haut, plus difficile en bas où il apparaît un certain degré de sclérose.

Pendant la dissection de cette portion inférieure, un petit caillou jaillit dans le champ opératoire. Le diagnostic de lithiase apparaît comme certain. On termine l'exérèse du lobe superficiel, puis vers le bas, tout à fait au pôle inférieur, il existe une tumeur arrondie et fluctuante, bleutée.

On totalise la parotidectomie et on pratique l'exérèse du lobe profond

qui apparait volumineux.

A l'examen anatomo-pathologique, le Pr.Ag. Brocheriou retrouve une formation kystique à paroi lisse, à contenu clait, mesurant 3 à 4 cm de diamètre. A son contact, le parenchyme parotidien apparait un peu ferme.

Séparément, il a été livré un petit calcul de 3 mm de diamètre.

L'aspect histologique évoque un kyste rétentionnel avec lithiase parotidienne. Certains aspects histologiques se rapprochent fortement du C.A.L.

Dans les suites opératoires il y a eu une paralysie faciale globale modérée.

Revu un an plus tard, le malade ne présente plus que des signes très minimes de paralysie faciale.

Au total, cette observation est particulièrement intéressante, car il semble bien s'agir ici d'un C.A.L. secondaire à une irritation canaliculaire d'origine lithiasique.

OBSERVATION N° 14

Monsieur Bernard de L..., né en 1905, consulte en octobre 1969 pour une tuméfaction parotidienne droite apparue en mars-avril de la même année. Cette tuméfaction est tout à fait indolore.

Pendant les 6 premiers mois, elle augmentait rapidement de volume, depuis 2 mois elle est stable.

Monsieur de L.... n'a pas d'antécédents particuliers : en dehors de quelques angines et de quelques épisodes bronchitiques, il n'a jamais été malade.

L'examen actuel retroûve cette tuméfaction droite, nettement parotidienne. Elle est située derrière la branche montante, elle descend assez bas (3 travers de doigt sous le lobule de l'oreille) elle ne dépasse pas en arrière le bord postérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien.

Il n'y a pas d'adénopathie, pas de paralysie faciale, et l'examen endo-buccal est normal.

La sialographie montre une image d'empreinte, un étirement des canaux en périphérie, et une petite réaction canaliculaire.

Le diagnostic de C.A.L. est posé, mais pour des raisons de commodité personnelles, Monsieur de L... repousse l'intervention à l'année suivante.

Il est donc réhospitalisé pour l'intervention en avril 1970.

Depuis octobre la tuméfaction a augmenté de volume (du quart environ) sa consistance est devenue plus ferme. Elle n'adhère ni à l'os, ni à la peau ; son pôle inférieur est situé à environ 2 cm sous la ligne du maxillaire inférieur, en arrière, la tumeur déborde le sterno-cleïdo-mastoïdien et en avant, elle ne dépasse pas la branche montante.

Intervention le 23 avril 1970 : le Pr Ag. Guilbert aborde la tumeur par la voie classique de la parotidectomie mais ne dépasse pas le tragus du haut et figurant l'incision de Lotte en arrière.

Enucléo-résection après dissection de la branche inférieure du facial.

La tumeur est bien limitée et recouverte sur sa moitié sphérique antérieure de tissu parotidien. En arrière elle apparaît lisse et brunâtre. Une effraction fait issue à contenu blanchâtre assez cohérant d'aspect, mais s'écrasant facilement sous la pince.

L'examen anatomo-pathologique (Pr. Ag. Brocheriou) retrouve une formation tumorale mesurant approximativement 6 cm sur 3, bien limitée en certains points par une coque fibreuse.

A la coupe cette formation est creusée par 2 volumineuses cavités à contenu épais, visqueux et renfermant des végétations.

L'étude histologique montre que cette tumeur a l'aspect caractéristique d'un C.A.L.

Dans les suites opératoires, apparait une paralysie faciale très dissociée: il existe spontanément un effacement du sillon naso-génien. L'étude détaillée de cette paralysie retrouve:une parésie des filets mentonniers, une atteinte très discrète des filets palpébraux; les filets frontaux et buccaux sont normaux.

Il est revu le 22 septembre: la paralysie faciale est réduite à une légère parésie dans le territoire des filets mentonniers.

OBSERVATION N° 15

Monsieur P... Gabriel, né en mars 1916 est un diabétique connu, il est traité par 1/2 comprimé de Glucidoral ; il est porteur, d'autre part d'une cataracte que l'on doit opérer prochainement.

En septembre 1971, il vient consulter pour une tuméfaction parotidienne gauche, découverte par hasard 2 mois plus tôt ; tuméfaction parfaitement indolore mais qui augmente régulièrement de volume depuis 3 semaines.

A l'examen on retrouve une tumeur ovalaire, à grand axe oblique en bas et en avant qui mesure environ 2 cm sur 1. Elle siège à la partie postéro-inférieure de la parotide, en avant du sterno-cleïdo-mastoïdien. Par ailleurs, cette tumeur est ferme, régulière et mobile.

L'examen de la peau est normal; de même que celui de la bouche ; il n'y a pas d'adénopathie, pas non plus de paralysie faciale.

La sialo graphie faite le 24 septembre, montre de face une lacune centrale ; de profil une lacune postéro-inférieure.

Il n'y a pas d'image parenchymateuse visible, mais le remplissage est insuffisant.

Intervention le 4 octobre.

- Parotidectomie totale avec conservation du facial.
- Incision Lifting ne dépassant pas le tragus, elle sera prolongée vers le haut en péri-auriculaire et comportera un petit débridement oblique vers le bas en sous lobulaire.

La tumeur apparaît alors ferme, blanchâtre et bosselée, faisant ainsi douter du diagnostic de C.A.L.

Après isolement du pôle inférieur de la glande et du tronc du facial, on découvre bien la tumeur : elle mesure 2 cm sur 3, elle est dure, blanchâtre, bosselée, et située entre les 2 lobes : elle siège à la partie profonde du lobe superficiel, en dehors des derniers filets inférieurs et du lobe profond qui descend assez bas.

Ligature de la carotide externe au-dessous du digastrique (elle pénètre très vite dans le lobe profond).

Lobectomie superficielle, dissection très difficile du VII particulièrement ramifié et anstomosé.

Lobectomie profonde d'un lobe très volumineux ; aucun nodule tumoral n'est perçu.

Anatomie pathologique (Pr. Ag. Brocheriou).

L'étude macroscopique de cette pièce chirurgicale montre une formation tumorale blanchâtre, bien limitée, de 3 cm sur 1,5.

A la coupe cette tumeur apparait translucide et multi-loculaire. Le lobe profond parait macroscopiquement normal de même que le ganglion livré séparément.

L'étude histologique de cette tumeur qui, macroscopiquement simulait une tumeur mixte, a la structure caractéristique d'un C.A.L.

Dans les suites opératoires on a noté l'apparition d'une paralysie faciale globale modérée (parotidectomie totale) , mais qui s'améliore très nettement en 3 mois.

OBSERVATION N° 16

Monsieur T... Marcel, né en Novembre 1900, est adressé dans le service en octobre 1971 pour une tuméfaction sous angulo-maxillaire gauche apparue 18 mois auparavant.

Cette tuméfaction est indolore et elle augmente régulièrement de volume.

Monsieur T... raconte que l'histoire de cette tumeur a débuté avec l'apparition d'une plaque d'eczéma rétro-angulaire gauche traité localement par une pomade à la bétaméthasone.

Monsieur T... n'a pas d'antécédent médical et dit n'avoir jamais été malade.

L'examen retrouve une tumeur ovalaire, à grand axe oblique en avant et en bas ; elle est située au pôle postéro-inférieur de la parotide gauche. Très rénittente, elle est parfaitement indolore.

Il n'y a pas de paralysie faciale, pas d'adénopathie, et l'examen endo-buccal est tout à fait normal.

La sialographie montre une lacune intraglandulaire, périphérique postéro-inférieure.

Intervention le 22 novembre 1971 (Pr Ag. Guilbert) :

- incision classique sus tragienne, contournant le lobule, terminée en courte verticale sur le sterno-cleïdo-mastoïdien ; libération du S.C.M.
- découverte du facial et libération de ses branches

La tumeur est beaucoup plus importante que prévu. Elle est largement étendue en profondeur (3 à 4 cm de diamètre).

Située au pôle postéro-inférieur elle est à jour frisant, mais bien intra-glandulaire.

- lobectomie superficielle complète.

La consistance de la tumeur évoque plutôt une tumeur mixte, car elle est ferme et ne paraît pas rénittente, cependant la portion apparente ne paraît pas bosselée.

Examen anatomo-pathologique (Pr Agr. Brocheriou) :

- l'étude macroscopique de cette pièce chirurgicale met en évidence une formation tumorale, blanchâtre, ferme, relativement bien limitée, mesurant approxi-

mativement 3, 5 cm sur 3.

Sur une autre section, la tumeur est partiellement kystique et brunâtre. Un petit ganglion a été retrouvé au contact immédiat de la parotide dont le parenchyme, à distance de la tumeur apparaît un peu fibreux.

Il n'a pas été retrouvé d'autre formation tumorale dans le glande.

L'étude histologique des nombreux prélèvements effectués sur cette pièce chirurgicale, montre une formation tumorale partiellement limitée en périphérie par une coque fibreuse. Toutefois, des éléments tumoraux diffusent à travers cette sclérose périphérique dans la glande voisine.

la tumeur, creusée de petites cavités allongées, possède une double composante épithéliale et conjonctive.

Les formations épithéliales anastomosées entre elles tapissent par endroits des sortes de végétations.

Ces éléments épithéliaux pluristratifiés à cytoplasme acidophile présentent des monstruosités nucléaires et parfois une très nette maturation kératosique. La deuxième composante est lymphoïde, faite de leucocytes bien différenciés avec, par endroits des follicules lymphoïdes parfaitement bien reconnaissables. En certains points se trouvent ainsi réalisées des végétations présentant un axe lymphoïde et un revêtement épithélial pluristratifié, manifestement néo-plasique.

Cette tumeur, dans les zones où elle diffuse dans le parenchyme parotidien voisin, présente la même double composante épithéliale et lymphoïde.

Plus à distance s'observent des discrets remaniements du parenchyme parotidien avec de rares infiltrats inflammatoires et une ectasie de quelques canaux excréteurs.

Au total, il s'agit d'un cystadéno-lymphome malin.

Les suites opératoires sont normales en dehors d'une discrète paralysie des filets mentonniers.

Monsieur T... est revu 4 mois après l'intervention : la paralysie n'a pas régressé, mais le reste de l'examen est entièrement normal.

Observation	Age	Sexe	Mode de début	Siège	Durée d'évol.	Volume	traitement	Anatomie-pathologique
Obs. n° 1 M. B...	67	M	Progressif rapporté à l'extraction de 5 dents	bilatéral à préd. dte	13 ans	mandarine	non opéré	C.A.L. diagnostiqué à la biopsie
Obs. n° 2 M. F...	60	M	Progressif	bilatéral rétro-ang.	1 an	noisette	énucléation	C.A.L. unilobé
Obs. n° 3 M. M...	52	M	rapporté au port de prothèse adjointe partielle	Bilatéral ; derrière la branche mont	1 an	noisette	parotidect. superficielle	C.A.L. unilobé
Obs. n° 4 M. P...	54	M	progressif	sous-mast. gauche	1 an	noisette	parotidect. superficielle	2 formations unilobées bien séparées
Obs. n° 5 M. H...	60	M	Fistule salivaire à évol. prolongée (20 ans)	derr. la br. montante G.		pois	parotidectomie superficielle	cavité kystique multi-lobulée
Obs. n° 6 M. L...	60	M	Découv. fortuite, augm. rapide de vol. au début	bilat. rétro-angulaire	2 jours	noix	non opéré	C.A.L. diagnostiqué à la biopsie
Obs. n° 7 Mme V...	66	F	progressif	rétro-angul. droit	10 ans	pois	Enucléation	Cavité kystique unilobée

Observation	Age	Sexe	Mode de début	Siège	Durée d'évol.	Volume	Traitement	Anatomie-pathologique
Obse. n° 8 M...	52	M	Découverte fortuite	derrière la bche mont. gauche	2 mois	oeuf de pigeon	Enucléation	Cavité kystique unilobée
Obs. n° 9 K...	38	M	progressif	prétragien gauche.	4 mois	oeuf de pigeon	parotidectomie superficielle	Unilobé - C.A.L. typique
Obs. n° 10	41	M	progressif qui augmente depuis 1 an	sous-angulo maxill. droit	3 ans	6 X 3,5 cm	Enucléation	Aspect kystique partiellement rempli de végétations
Obs. N° 11 D...	61	M	Découverte fortuite	sous-angulo maxill. gauche	1 mois	noix	parotidectomie subtotale	cavité kystique unilobée
Obs. n° 12 D...	73	M	progressif avec douleurs discrètes	rétro-angul. gauche	1 mois	3 X 2 cm	Parotidectomie superficielle	cavité kystique vide de son contenu
Obs. n° 13 G..	52	M	Episodes lithiasiques pendant 2 ans	rétro-ang. droit	1 mois	3 X 4 cm	Parotidectomie superficielle	formation kystique unilobé contenant un liquide clair
Obs. n° 14 L...	64	M	progressif	derrière la branche mont. droite	8 mois	6 X 3 cm	Enucléation	Formation kystique creusée de 2 cavités renfermant des végétations
Obs. n° 15 P...	55	M	Découverte fortuite	rétro-ang. gauche	2 mois	3 X 1,5 cm	Parotidectomie totale	formation translucide. aspect macro. de T.M. Micro : C.A.L. typique
Obs. n° 16 T...	70	M	rapporté à une plaque d'eczéma locale	rétro-angul. gauche	18 mois	3 X 3,5 cm	parotidectomie superficielle	C.A.L. dégénéré.

ETUDE DES C.A.L.

NOTIONS GENERALES

- FREQUENCE DES C.A.L.

Il semble que ces tumeurs, autrefois considérées comme exceptionnelles, sont en réalité assez fréquentes. Ceci coïncide sans nul doute avec une meilleure connaissance clinique et anatomique de la tumeur.

Depuis une quinzaine d'années, les études statistiques se sont multipliées qui contrastent fortement avec les publications isolées des premiers auteurs.

Dans le service de Stomatologie de l'Hôpital de la Salpétrière, nous avons retrouvé 21 cas de C.A.L. au cours des 17 dernières années. Douze de ces observations ont été recueillies durant les 11 dernières années, alors que dans le même laps de temps on comptait 109 cas de tumeur parotidienne.

Dans une étude portant sur 986 cas de tumeur parotidienne, Redon compte 84 C.A.L.

En 1967 la Mayo Clinic signale 3 % de C.A.L. sur 716 tumeurs parotidiennes.

En 1955, la formation Curie, M. Moyse, dénombre 13 cas de C.A.L. sur 200 tumeurs de la parotide.

Gignoux et Martin dans les cahiers d' O.R.L. 1967; T. 2, trouvent 12 C.A.L. sur 105 tumeurs parotidiennes.

Enfin, Garret, Nicholson, Whittaker, Ridway et Bowmann (The Lancet, november 27, 1971) comptent, dans une première étude 32 cas de C.A.L. sur 407 tumeurs de la parotide et 21 sur 276 dans une seconde.

Le cystadéno-lymphome se situe donc, par ordre de fréquence des tumeurs de la parotide, après les tumeurs mixtes et les carcinomes.

- NOTION DE TERRAIN

Deux critères retiennent d'emblée l'attention :

- le maximum de fréquence de la tumeur aux environs de la cinquantaine
- la très forte proportion d'hommes parmi les porteurs de C.A.L.

L'âge

Des 16 cas de C.A.L. que nous rapportons ici, le plus jeune était âgé de 38 ans, un avait 41 ans, 5 malades étaient âgés de 51 à 55 ans, 3 avaient 60 ans, 2 entre 61 et 65 ans, 3 entre 66 et 70 ans, enfin, le plus âgé avait 73 ans.

Gaston et Cesare Tedeschi ont fait une étude portant sur 92 cas de cystadéno-lymphome de la parotide et ont dressé le tableau suivant :

1 à 10 ans	2 cas
11 à 20 ans	3 cas
21 à 30 ans	4 cas
31 à 40 ans	6 cas
41 à 50 ans	23 cas
51 à 60 ans	25 cas
61 à 70 ans	22 cas
71 à 80 ans	6 cas
81 à 90 ans	0 cas
91 à 100 ans	1 cas

Le sexe

a également un rôle évident : sur les 16 cas de C.A.L. que nous rapportons ici, il n'y a qu'un cas féminin.

L'ensemble des auteurs s'accorde sur la grande proportion d'hommes parmi les sujets porteurs de C.A.L.

Affections concommittentes

Nous n'avons trouvé aucune tumeur associée ; deux de nos malades ont eu des antécédents de tuberculose, deux ont souffert d'un ulcère gastro-duodénal, et, un avait un diabète léger équilibré avec un petit traitement oral.

Ces associations ne semblent donc pas significatives.

Martin cite 6 cas d'association à un C.A.L. de la parotide : un fibrome papillaire de la langue, une polypose nasale, un lymphosarcome du cou et du médiastin un hémangione capillaire de la face, un carcinome de l'estomac et un ganglion du sein.

Au terme de son étude, il conclue que ces associations sont fortuites.

Hevenor, sur 20 cas, cite 3 cas de tumeurs malignes concommittentes auxquelles il n'attache pas de signification particulière en raison de l'âge de ce groupe de malades.

ETUDE CLINIQUE

Les circonstances d'apparition de la tumeur :

Dans la plupart des cas, l'installation est insidieuse. Cependant, chez un de nos malades, l'histoire a débuté par une fistule salivaire plusieurs abcèdée, plusieurs fois incisée, et dont l'avolution a traîné en longueur pendant 20 ans.

Chez un autre malade, l'histoire a commencé par des épisodes de type lithiasique qui ont évolué pendant 2 ans avec les alternances d'accalmie, puis est apparue une tuméfaction rétro-mandibulaire.

Chez un troisième, enfin, l'histoire débute par un eczéma rétro-angulaire qui régresse très bien après application d'une pommade à la cortisone. Mais à partir de ce moment le malade et son entourage ont commencé à noter l'existence de la tumeur.

Le siège

est dans presque toutes nos observations rétro-angulaire et superficiel. Dans 4 cas, la tumeur était bilatérale, 8 fois elle était à gauche et 4 fois à droite.

Cependant, pour l'ensemble des auteurs, les C.A.L. siègent aussi souvent à droite qu'à gauche.

La taille

Des tuméfactions est en général celle d'un oeuf de pigeon ; elle varie de la taille d'un petit pois (observation n° 5) à des volumes plus importants (orange).

La consistance

est un élément très évocateur du diagnostic :

Il s'agit de tumeurs mollasses, parfois même si molles qu'elles évoquent un lipome superficiel. Mais ceci n'est pas formel :

Dans une de nos observations (observation n° 15) la tumeur était ferme et presque dure, et jusqu'aux résultats de l'anatomie pathologique, nous avions pensé qu'il s'agissait d'une tumeur mixte.

Les C.A.L. sont des tumeurs très mobiles, elles n'adhèrent ni à la peau ni aux plans profonds. Cependant, ici encore il y a des exceptions :

Dans notre observation n° 9 la tumeur était fixée à la peau et aux plans profonds.

En dehors de ces signes positifs, plusieurs signes restent négatifs :

- la tumeur n'est pas douloureuse (elle est parfois sensible et entraîne des tiraillements)
- elle ne provoque pas d'adénopathies
- elle n'entraîne pas de paralysie faciale
- l'examen endo-buccal est normal.

L'évolution

des C.A.L. est très lente : la durée d'évolution, c'est-à-dire le temps qui s'écoule entre le moment où le malade découvre la tumeur et celui où il vient consulter varie dans nos observations entre 1 mois et 13 ans.

ETUDE RADIOLOGIQUE

La radiographie simple de face et de profil n'apporte que peu de renseignements : elle peut mettre en évidence des modifications plus ou moins importantes, mais qui s'observent dans différents types de tumeurs de la parotide.

La sialographie : connue depuis 1933 (Barraud et Feuz) on lui a très souvent reproché ses insuffisances, sa valeur contestable, son utilité discutable, principalement comme moyen de diagnostic des tumeurs parotidiennes puisque celles-ci imposent très habituellement une exploration et une thérapeutique chirurgicales.

Un regain d'actualité se manifeste pourtant, en grande partie lié aux mises au point récentes de Laudenbach et Coll.

Technique de la sialographie parotidienne :

La technique doit être rigoureuse. Elle nécessite un matériel simple mais adapté, d'un montage étanche : seringue de Labat, aiguille stérile mousse 7/10 et cathéter de polythène tous deux munis de mandrins.

- l'abstention de toute manoeuvre traumatisante, évitant ainsi les perturbations réflexes et les fausses routes.
- l'utilité de l'injection lente (2 minutes) du produit de contraste : Lipiodol F, afin de permettre la diffusion correcte du produit dans la glance.
- surtout la nécessité d'injecter une quantité importante de produit : 2, 5 cm3.

Une tuméfaction avec douleur modérée se produit : c'est à tort qu'elle peut faire interrompre l'injection.

La prise de clichés selon les incidences précises, dont un profil dérivé de l'incidence de Parma constitue l'essentiel, doit être effectuée dès la fin de l'injection, le cathéter et l'aiguille étant obturés pour éviter le reflux, et à la 24 ème et 48 ème heure. L'évacuation doit être évidente après un quart d'heure et totale après quelques heures.

Les renseignements apportés par la sialographie dans le C.A.L. papillaire semblent assez précis : les anomalies sont en effet particulières : une lacune radio-claire objective la tumeur sur le cliché de profil.

Elle siège le plus souvent dans la portion postéro-inférieure de la glande ; grossièrement comparable à un arc de cercle ouvert en arrière, elle est bien intra-glandulaire, mais la tumeur fait habituellement hernie au bord postérieur

de la glande. Les constatations opératoires confirment habituellement ces données. En avant la lacune est limitée et entourée par des canaux afférents refoulés concentriquement autour de la tumeur. Aucune image parenchymateuse n'est visible dans la lacune.

L'aspect du parenchyme péri-tumoral est également intéressant et particulier. Les canaux refoulés, plus ou moins tassés les uns contre les autres, sont régulièrement dilatés, ne laissant place à aucune image nuag use du parenchyme. A distance, par contre, le sialogramme peut être normal et l'on retrouve le nuage acineux peu dense et homogène ; mais le plus souvent on constate dans la totalité de la glande une prédominance des images canalaires sur le nuage acineux.

Les clichés tardifs montrent enfin le retard à l'évacuation du produit de contraste de la glande. Ces derniers éléments sont le témoin d'une participation inflammatoire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

- AU POINT DE VUE MACROSCOPIQUE :

La tumeur représente le plus souvent une masse unique arrondie ou avoïde, nettement délimitée et séparée du parenchyme normal par un plan de clivage presque toujours évident.

Cependant, dans un cas (observation n° 4) la parotide était le siège de deux formations kystiques unilobées, bien séparées l'une de l'autre.

Dans un autre cas, la tumeur adhérait nettement au parenchyme glandulaire.

Les C.A.L. sont en règle de forme régulière et leur surface est lisse. Ils semblent enveloppés dans une mince capsule transparente "assez souvent de teinte chamois, de fins vaisseaux y dessinent des arabesques et donnent à cette capsule un aspect de mosaïque". (Redon)

Cependant, dans deux cas la tumeur est polylobée, irrégulière et limitée, dans deux cas, par une coque scléreuse.

Lors de la coupe, les caractères macroscopiques sont plus significatifs, le plus souvent ils permettent d'affirmer le diagnostic exact de la tumeur. La section laisse exuder une substance épaisse, filante, de colori brun chocolat, plus rarement rose pâle.

Cependant, dans une de nos observations, le liquide intra-kystique est clair et presque transparent ; dans un autre cas, la tumeur n'a pas un aspect kystique : en effet, la masse est compacte et pleine d'une substance translucide (observation n° 15). Enfin, dans un troisième cas nous découvrons à la coupe deux cavités bien distinctes l'une de l'autre alors que la tumeur nous apparaît comme unique et bien régulière.

La surface des cavités kystiques est couverte par un tissu présentant de nombreuses végétations papillaires qui font saillie à l'intérieur de leur lumière formant même des cloisonnements secondaires.

- AU POINT DE VUE MICROSCOPIQUE

L'étude de ces végétations papillaires montre qu'elles sont bordées par un épithélium caractéristique à double assise de cellules épithéliales très claires. L'assise la plus interne présente des noyaux disposés régulièrement au pôle apical de la cellule vers la surface du revêtement. L'assise basale la plus profonde possède des noyaux disposés plus régulièrement.

Cet épithélium est séparé par une vitrée d'un infiltrat lymphoïde se pré-

sentant essentiellement sous deux formes : soit à l'état diffus, soit à l'état nodulaire avec des follicules clos.

Le contenu des cavités kystiques se présente au microscope comme une substance mucoïde, mucicarmophile, se colorant en rouge vif par la réaction de Mac-Manus et renfermant de nombreuses cellules épithéliales desquamées.

- LES FORMES RARES DE C.A.L.

- Le C.A.L. parotidien dégénéré.

En 1942, Plaw publie dans une revue anglo-saxonne (?) deux cas de C.A.L. dégénéré, qui sont ceux de Stor Rissac et Skobolow ; de leur côté, Gaston et Cesare Tedeschi ont publié un cas qui leur paraissait certain. Mais, Redon semble douter de l'authenticité de ce dernier cas, et Delarue et Payen, dans la semaine des hôpitaux de Paris en Décembre 1956 publiaient une revue générale sur la question et affirmaient de façon absolue que les C.A.L. intra-parotidiens sont des tumeurs bénignes qui ne dégènèrent jamais.

en 1954 dans le Bulletin Algérien de carcinologie, J.C. Giraud et Mme Mussini-Montpellier rapportent un cas de C.A.L. intra parotidien, avec à l'intérieur de la lésion des nappes de cellules indiscutablement malignes.

En 1960 Reubrer et Brainhaul rapportent eux aussi 1 cas de dégénérescence maligne d'un C.A.L. (Malignant papillary cystadénoma).

En 1961, Maduro, Payen, Sarfati, Pioline dans les annales d'O.R.L. 78, 4/5 pages 291 et 292, publient un autre cas :

Il s'agissait là d'un homme de 61 ans, vu en 1960 dans le service d'O.R.L. de l'Hôpital de la Pitié, porteur d'une tumeur pré et sous auriculaire. Le maladea été opéré le 14 octobre 1960. L'examen histologique découvrait à l'intérieur de la cavité kystique une prolifération épithéliale maligne traduisant la présence d'un épithélioma épidermoïde, peu différencié, de type intermédiaire.

Little et Ricklès en rapportent encore un cas en 1965 (cancer juillet 65 18 n° 7 851-856).

Ainsi notre observation n° 16 confirme l'existence de C.A.L. malins, qui ne semblent plus maintenant faire de doute pour personne.

Signalons ici que Rickers, en 1952, observait un cas de transformation leucémique du stroma lymphoïde. Cette observation reste jusqu'à présent isolée.

Dans aucun des 16 cas de C.A.L. que nous rapportons ici, nous n'avons vu

[illegible].

De même aucun des 5 cas de C.A.L. dégénéré cités plus haut ne semble avoir récidivé ou métastasé, l'évolution post-opératoire a été bonne (jusquà présent) dans les 5 cas.

Cependant, Foute, dans une étude portant sur 49 cas de C.A.L. a constaté 6 cas de récidive (Anatomie Pathologique, Delarue et Laumonier).

C O N C L U S I O N

Le C.A.L. papillaire de la parotide est une tumeur en général bénigne, dont l'origine acquise et secondaire à une lésion irritative initiale ne semble plus faire de doute à l'heure actuelle.

Sur les seize observations que nous avons rapportées ici, il y a eu dix cas où la découverte de la tumeur a été fortuite et l'évolution tout à fait silencieuse. Un cas était manifestement secondaire à une série d'épisodes de type lithiasique ; dans un autre cas la tumeur était apparue au terme de la longue évolution d'une fistule salivaire à la peau, qui avait été émaillée de nombreux épisodes infectieux. Enfin dans les quatre derniers cas la tumeur avait été rapportée à des lésions locales diverses.

D'autre part, quatre de nos malades étaient porteurs de C.A.L. bilatéraux.

Ces éléments viennent consolider la théorie de Delarue sur l'orogine acquise et secondaire des C.A.L. Cependant, il faut noter que dans la majorité des observations, et aussi bien celles que nous rapportons que celles publiées dans la littérature, la tumeur est monosymptomatique et qu'elle n'est précédée d'aucun signe clinique d'inflammation.

Le C.A.L. est une tumeur beaucoup plus fréquente qu'on le pensait jusqu'ici (13 cas sur 109 tumeurs de la parotide entre 1961 et 1972 dans le service du Pr. Cernéa). Ceci s'explique sans nul doute par une meilleurs connaissance clinique, radiologique et anatomique de la maladie.

Le diagnostic de C.A.L. peut être porté avec certitude sur les données cliniques et surtout paracliniques :

- le sexe et l'âge du malade sont évocateurs : le sexe masculin est beaucoup plus atteint (nous n'avons dans notre étude qu'un cas féminin pour 15 cas masculins) ; et, la grande majorité des sujets a entre 50 et 60 ans.

- le siège de la tumeur peut aussi orienter le diagnostic :

Le C.A.L. parotidien siège le plus souvent dans la partie postéro-inférieure de la loge parotidienne.

- sa consistance est classiquement mollasse, donnant l'impression de pouvoir être "effacée" lors de la palpation douce (Redon). Ceci est en fait discutable : dans nos observations nous avons rencontré des consistances très variables,

allant de la tumeur très molle qui aurait pu évoquer un lipome à des tumeurs fermes, rénittentes qui pouvaient faire penser à une tumeur mixte.

- l'évolution du C.A.L. est lente, le plus souvent asymptomatique parfois discrètement inflammatoire.

Si ces signes cliniques évoquent le diagnostic, ils ne permettent pas d'éliminer un épithélioma remanié, ni même un ganglion inclus parotidien.

- la sialographie apporte des renseignements assez précis :

La tumeur est objectivée par une lacune radio-claire limitée par des canaux refoulés (image de balle dans la main).

- le diagnostic de certitude pourrait être apporté par l'examen du liquide de ponction aspiration. Mais cette technique est de plus en plus discutée pour être de moins en moins appliquée : tout d'abord, en cas de tumeur maligne, le risque de dissémination n'est pas nul, mais surtout, et ceci pose le problème thérapeutique: il s'agit de savoir si le diagnostic de certitude est indispensable pour poser les indications opératoires , d'une part, et pour fixer la technique chirurgicale d'autre part.

Le problème de l'indication opératoire n'est plus actuellement discuté : le traitement du C.A.L. (et, d'ailleirs de la plupart des tumeurs qui pourraient poser un diagnostic différentiel) est chirurgical.

En fait, seule la technique opératoire varie à l'heure actuelle : faut-il avec Redon, se contenter d'une simple énucléation chaque fois que le diagnostic est sûr (et dans ce cas le diagnostic de certitude pré-opératoire est nécessaire) ou bien faut-il faire une exérèse plus large en connaissant les risques que l'on fait courir au facial ?

Nous pensons, avec le Pr. Ay. Vaillant, qu'une énucléation ne suffit pas et qu'un C.A.L. nécessite une parotidectomie superficielle, quand ce n'est pas une parotidectomie totale avec conservation du facial.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ALBANO V. & al.
Papilliferus cystadenolymphoma of the parotid gland clinical and pathogenetic considerations on 2 cases.
Ann. laring 67 : 82-91, jan-feb. 1968

ALBARRAN
Cit. Delaglande etc. (Bull. As. Fr. Et. Ca 1885/298)

ALBRECHT (H) & ARTZ (L)
Papillare cystadénome in lymphdrüsen
Frankf. Zein f. patholog 1910.

BAUER (W.H.) BAUER (J.D.)
Classification of glandular tumors of salivary glands anales Medicales anato-archives of pathology 1953, 55, p. 328.

BAUM R.K. & PERZIK S.L.C.L.
Evaluation de la tumeur de Warthin, Revue clinique de 59 cas.
Am. Surgeon, juil. 1964, 30, 420, in internat. Surg. dig. janv. 1965, 74, n° 1, 21-22.

BECK L.D. & MAGUDA T.A.
Cystadénome papillaire lymphomateux (tumeur de Warthin) : une tumeur bénigne multicentrique (glandes parotides) laryngoscope, oct. 1967, 77, n° 10, 1840-1848.

BENOIST
Thèse de Paris 1947.
Le cystadénolymphome papillaire de la parotide

BOUDREAUX
Kystes et tumeurs épithélio-lymphoïdes de la parotide.
Revue de chirurgie 1945, n° 1-2, 52-63.

BROWN
Papillary cystadéno-lymphome.
Archiv Surgery 1951, 63, 185-190

BROWN
Summary of parotid tumors in general.
surg. gynec. and obst. 1950/ 90/ 257.

CASS K.A. & WHELAN T.J. Jr.
Cystadénome lymphomateux papillaire des deux parotides simultanément. (tumeur de Warthin)
Arch. of otolaryng. juin 1968, 87, n° 6, 618-619

COLLINS E.M.
Cystadénome papillaire d'une glande salivaire accessoire.
am. J. Surg., déc. 1958, 96, n° 6, 749-750.

DALY J.F.
Le cystadénome papillaire lymphomateux de la glande parotide laryngoscope, août 1959, 69, n° 8; 1040-1052.

DECHAUME, DESCROZAILLES, GARLOPEAU, BONNEAU, PAYEN.
Une observation de cystadénolymphome papillaire intraparotidien bilatéral.
Rev. stom. janv-Fév. 1956, 67, n° 1-2, 59-64

DECHAUME (M)

Distention des glandes salivaires et de leurs canaux ; sous-maxillites et parotodites d'origine réflexe.
Revue de stomatologie n° 11-12, Nov. Déc.

DECHAUME

Précis de stomatologie Masson 1949

DECHAUME (M) BONNEAU (M)

La sialographie ; méthode de diagnostic dans les affections des glandes salivaires.
Presse Médicale 1951 T. 59, n° 28-p. 561-564.

DELANGLADE, PEYRON, ROUS, LA CROIX

Sur l'origine thymique de certains kystes congénitaux du cou, et sur l'histogénèse des kystes épithélio-lymphoïdes.
Bulletin Association Française, étude du cancer Juin 1914

DELARUE ET LAUMONIER

Anatomie pathologique -
Masson - Editeur.

DELARUE (J) KERNEIS

Cystadénolymphome intra-parotidien.
Société Anatomique de Paris, séance 5 nov. 1946.

DELARUE J. & PAYER J.

Les cystadénolymphomes papillaires intra-parotidiens.
sem. Hôp. Paris, 6 déc. 1956, 32, n° 71, 3731-3739.

DE PAOLA D. & BRAGA DIAS L.

Pathologie et classification des tumeurs particulières des glandes salivaires - hospital, janv. 1957, 51 n° 1, 43-55, 8 fig.

DESGRANGES A. (Mme)

Cystadénolymphome papillaire de la parotide.
Thèse Paris, juil. 1956, n° 764.

DEVAMBEZ J. et BENOIT M.

Cysto-adéno-lymphome papillaire de la parotide
Lille chir., sept-oct. 1958, 13 n° 4-5, 177-182.

DUTESCUN et al.

On papillary cystadénolymphoma of a parotid gland. Deutsch Zahn Mund Kieferheilk 48 : 120-8 Mar. 1967.

ETTE A.

A propos d'un cas de cysto-adéno-lymphome malin juxta-parotidien. Thèse Paris, 1961, n° 630.

FARRUGIA, F.

L'adénolymphoma della parotide. Ateneo parmense Monog., 19, 1967

FAZZINI G. et al.

Papillary cystadenolymphoma of the parotid gland. Acta chir. Ital ; 24 : 631-45, sept-Oct. 1968

FISCHER A.J.

PAPILLARY cystadénoma lymphomatosum (Warthin's tumor) report of a case. Arch. Otolaryng. (chicago) 90 : 600 - 2, Nov. 1969.

FRAZELLI, E.L.

Observations on management of salivary gland tumors. C.A., 18 : 238-240, May-June 1968.

FRESHMANN — cystadenoma lymphomatosum
am. J. clin. path. 1938/ 8/ 422

FREUND — Benign lympho epithelial desease of the parotid
Ann. Surg. Nov. 1955, 142, n° 5, 895

FRIEDMANN — Adenolymphoma of salivery glands
J. Laryng. Oto. Mars 1953, 67 n° 3, 165

GASTON & TEDESCHI — Adenolymphoma of the parotid and submaxillary gland. Ann. Surg. 1946. 123 ; 107 5.1089

Mc GAVRAN M.H. — The ultrastructure of papillary cystadenoma lymphomatosum of the parotid gland.
Virchow Arch. Path. Anat. 338 : 195-202, janv. 65.

GIGNOUX M., MARTIN H. et LAFON H. — Cystadénolymphome papillaire de la parotide
J. franç. O.R.L., juin 1960, 9, n° 5, 600-602

GIRAUD J.C. & MUSSINI-MONTPELLIER J. (Mme) — A propos d'un cas de cystadénolymphome malin de la glande parotide. Bull Alg. Carcinol. 1954, 7, n° 24, 474-478

GODWIN — Benign lympho epithelial lesion of the parotid gland. Cancer 5 1089 1952.

GOMDMAN, R.L. — Melanogenic Papillary cystadenoma of the soft palate. Amer. J. clin. Path., 48 : 49-52, Jul. 67

GRANDIS E. (de) — Kyste adénolymphome de la parotide.
Ann. di Stomat. Juin 1965, 14, n° 6, 465-482.

GREELEY P.W., GLEASON M.C. & CURTIN J.W. — Cystadénoma lymphomatosum papillary (Warthin's tumor) Plast. Reconstr. Surg., mars 58, 21, 223-232.

HAMPERL H. — Oncocyten und Geschwülste der Speichel Drüsen
Virchows Archive 1931 282. 724-7 36.

HARRIS P.N. — The american Journal of pathology T. 13 n° 1 1937.

HEVENOR & CLARCK — Adenolymphoma (Papillary cystadenoma lymphomatosum) surg., Gynéco. Obst. 1950 80 746-751

HOLMBERG R.E. & CLOVER D.M. — Cystadenolymphome papillaire de la parotide
Surgery Fev. 1951 29, n° 2, 240-248

JAFFE R.H. — Adenolymphoma of the parotid gland.
AM. J. Cancer 1932, 16 14-15

JENSEN P.S. & HUSTED E. — Cystadénolymphome (Warthin's tumor) de la glande parotide. Evaluation clinique et histologique de 40 cas. Scand. J. plast. reconstr. Surg. 1970 4, n° 2 114-121.

KAVKA S.J. — Tumeurs de Warthin bilatérales simultanées. Arch. of Otolaryng. mars 1970, 91, n° 3, 302

KELLER J.W. & Coll. — Papillary cystadénoma lynphomatosum ef the parotid gland in a Negro female Amer. Surg., 32 : 660-662, septembre 1966.

KRAISSEL C.J. and STOUT A.P. — "Orbital inclusion" cysts ans cysto-adenomas of the parotid salivary glands Arch. Surg. 1933, 28, 485-499

LAGACHE G. et SOOTS G. — Cystadenolymphome de la parotide - Lille chir. mai juin 1956, 11, n° 3, 198-200.

LAUDENBACH P. & Coll. — Aspects sialographiques des cystadéno-lymphomes papillaires de la parotide. Rev. Stom. (Paris) juillet AoÛt 1969, 70, n° 5, 352-358.

LAUDENBACH P. — la sialographie. F.E.R. n° 60 Nov déc. 1970

LAWRENCE H. et PROCIPA L. — Adénome kystique papillaire lymphomateux des glandes salivaires. Am. J. Surg., oct 48, 76 n° 4 440-442.

LECENE — Adénome kystique de la parotide revue de chirurgie 1908

LEHNHARD E. et FISCHER J. — Clinique et histologique du cystadénolymphome papillaire de la parotide. - HNO, juil. 1961; 9, n° 10, 255-257.

LITTLE J.W. — Histogénèse du cystadénome lymphomateux papillaire. Oral Surg., juil. 65, 18, n° 7, 851-856

LUCKE — Cit. Menetrier Arc. F. Keinchir. 1861.3.356

Mc QUARRIE D.G. & WINTER L. — Cystadénome papillaire lymphomateux Arch. Surg., sept. 1966, 93, n° 3, 511-516.

MADURO R., PAYEN J., SARFATI W. et PIOLINE F. — cystadéno lymphome parotidien dégénéré. Ann O.R.L., av. mai 1961, 78, n° 4-5, 291-292

MARTIN Et ERLICH — Papillary cystadenoma lymphomatosum. Surg. gyn. obst. dec 1944, 79, n° 6, 611-623

MENETRIER P., PEYRON A., et SURMONT J. — Sur un cas de kyste épithélio-lymphoïde du cou Bull. Assoc. Franç. étude du cancer 1923, 12 290.

MOATTI — Sur quelques notions d'embryologie pouvant s.rvir à l'étude pathogénique des fistules et kystes latéraux du cou. Ann. O.R.L. n° 1, janvier 1931 P. 11

MOYSE P. et CASTELAIN G. et C. — Cystadénomes papillaires de la parotide : étude clinique et cytologiques. Presse médic. 2 Nov 1958, 66, n° 83, 1866-1867

NICHOLSON — Studium of tumor formation Guy' hospital, 73, 37 - 64, 1923

PAYEN — La biopsie et les examens complémentaires. E.M.C. 22. 114 Oct. 1959

PERRENOND J. — des cystadénomes lymphomateux papillaires de la parotide. Thèse Lausanne 1954, n° 20

PIQUINELA J.A. — Papillary cystadenoma lymphomatosum. An. Fac. Med. Montevideo, 1954, 39, n° 3, 301-316.

PLAUT — Adenoma of the parotid gland. Ann. surg. 116, 43-53 1942

POTDAR G.G. — Warthin's Tumor. Arch. Surg., fev. 1969, 98, n° 2, 206-208

REDON H. — Chirurgie des glandes salivaires. Masson éditeur 1955

REUBNER et BARNHALL — Malignant papillary cystadenoma A.M.A. arch. Path. 60, 110-115, 1960

ROBINSON — Papillary cyst lymphoma of the parotid gland Surg. Gynec. Obst. 1943 - 76, 449-452

SABATIER P.H. — les cystadénolymphomes papillaires des glandes salivaires. Montpellier chir. 1965 - 11, 453-456

SCEVOLA A. — Etude Histomarphologique du pourcentage lymphatique dans les tumeurs de Warthin. ORL. ital. 1968, 37, n° 1, 85-98

SCHEEDE M. — Cite par Delaglande Arch. f Klin Chir 1932 XIV I

SCHULTE H.W. — The development of the salivary glands in man. vol. 4 P. , P. 25-72, N.Y. Colom. Univ. press 1913.

SIMON M.A. et MACIAS W. — Cysto-adénolymphome papillaire de la parotide Prensa. méd. Argent., 20 Nov 1965, 52, n° 43, 2763-64.

SKALKEAS G. et al. — Papilliferus cystadenolumphoma or odemlymphoma or "WARTHIN'S TUMOR" presentation of 3 cases. Minerva chir. 22, 881-4, 31 aug. 1967.

SMITH J.F. et al — The benign papillary cystadenoma lymphomatosum. Oral. Surg. 27, 95 - 102, jan 1969.

SSOBOLEW STOOHR RISSAK — Frankf. Z f pathol. 1012 11 462

STEVENSON G.F. HAZARD J.B. — Papillary cystadenoma lymphomatosum. Cleveland clinic Quart 18. 85 ; 1951.

TCHEDOMIR I. — Les cystadénolymphomes de la parotide
Bordeaux méd., 1, 7 : 1341-43, 1968

TERRIER & LECENE — Les kystes branchiaux du cou à structure amygdaloïde. Revue de chir. 1905 T 32.

THOMPSON A.S. & BRYANT — Histogesis of papillary cystadenoma lymphomatosum (Warthin's tumor) of the parotid salivary gland. Am. Jour. Pathol. 1950. 26 807

TREMBLAY G. — High amymase activity in a papillary cystadenoma lymphomatosum.
Amer. J. Clin. Path. 50 : 313-6, sept. 1968

VERSTRAETE W. — Tumeurs et pseudo-tumeurs de la région parotidienne. Acta ORL. belg. 1970, 57, n° 4, 497-519

WARTHIN A.S. — Papillary cystadenoma lymphomatosum, a raretera toid of the parotid region
J. cancer research 13, 116-125, 1929.

WEISCHSELBAUMER W. — Kystadéno-lymphome papillaire de la parotide
R.N.O., sept. 1963, 11, n° 9, 266-267.

WHEELOCK M.C. & STRAND C.M. — Papillary cystadenoma lymphotosum
Surg. Gyn. obst., may 1954, 98, n° 5, 571-574.

Vu, le Président de Thèse
Professeur P. CERNEA

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur E. FOURNIER

Vu, et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
R. MALLET